

## Editorial

# *QUID PRO QUO?* THE NEED TO HUMANIZE THE WORKING CONDITIONS OF DOCTORS IN SPAIN

## *¿QUID PRO QUO?* LA NECESIDAD DE HUMANIZAR LAS CONDICIONES LABORALES DE MÉDICO EN ESPAÑA

Tamara Contreras del Pino MD<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Medicina Intensiva, Hospital Mateu Orfila, Ronda de Malbúger 1, 07703, Mahón, Menorca, Islas Baleares, España.

**\* Corresponding Author:**

E-mail: tamaracondelpino@gmail.com

Received: 22 January 2025. Approved 23 January 2025. Published: April 2025

Para entender el presente hay que conocer el pasado. ¿En qué momento se normalizó que una persona pudiera realizar jornadas de trabajo de 24 horas, que pueden prolongarse hasta 36 horas y sin descanso? ¿Y qué tal si añadimos que de ese trabajo depende la vida de alguien? Estoy hablando de las guardias médicas, claro.

Los hospitales españoles del siglo XVIII, del siglo XIX e incluso de comienzos del siglo XX fueron concebidos como lugares de asilo y aislamiento para enfermos pobres y sin recursos. Eran hospitales de beneficencia. El tipo de asistencia médica que predominaba era la domiciliaria. Es decir, todo lo contrario a lo que hacemos ahora. En estos hospitales la norma era la falta de higiene y la falta de una asistencia médica adecuada. Los altos índices de mortalidad hacían que la población temiera ir al hospital, al que veían como un centro de pobreza miseria y muerte. A principios del siglo XX se instauró en estos hospitales la figura del «interno», antecesor del actual Médico Interno Residente (MIR). Y se llamó así, porque efectivamente residían en estos centros. Estos jóvenes médicos solían trabajar solos y sin supervisión, porque los médicos de plantilla se dedicaban mayoritariamente a su actividad privada; a la medicina domiciliaria y a pie de cama. La jornada de estos internos era CONTINUADA. Ya tenemos el embrión de las guardias. Por supuesto, nada de esto era remunerado. ¿Qué esperabais?

A mediados del siglo XX fue surgiendo en España la formación especializada, es decir, esa formación que te convierte en ginecólogo, oftalmólogo o trauma. Después de la Guerra Civil no había ningún tipo de control en cuanto a la obtención del título oficial de especialista. Un licenciado podía auto titularse especialista en una determinada rama. El Estado tomó la iniciativa de ordenar la titulación de especialistas a través de la Ley de 1955 sobre la enseñanza, título y ejercicio de las especialidades médicas. Esta ley asignó al Ministerio de Educación el control de las titulaciones. La especialización se realizaba en escuelas de especialización médica reconocidas por el Ministerio de Educación pero cada institución desarrollaba sus propios criterios formativos y no había ningún tipo de control de calidad de los títulos. No es hasta la década de los 60 cuando el Hospital General de Asturias inicia el primer programa de internos y residentes en 1963, convirtiéndose así en el principal referente de la modernización de la asistencia sanitaria en España, modelo que se fue extendiendo a lo largo y ancho de todo el país. El médico interno vivía en la institución y la dedicación era casi total. ¿Habéis leído bien? Solían hacer unas 15 guardias mensuales y lo más grave es que a día de hoy, esta aún es la realidad de muchos profesionales. La regulación laboral de estos médicos no llegó hasta los 70, tras la denuncia de un grupo de residentes de Toledo a través de Ricardo de Lorenzo, doctor en derecho y experto en derecho sanitario. Fue así como el médico residente en España obtuvo derecho a la Seguridad Social y a un contrato de trabajo que incluía la remuneración de las guardias, porque hasta esa fecha, nada de nada. Pero es ahí cuando nace el mayor lastre del médico, el concepto de hora complementaria: la hora de guardia.

Para garantizar la atención continuada en los hospitales, no quedaba otra que el médico se pasara allí mucho más tiempo más de lo que suponía jornada ordinaria. “Hecha la ley, hecha la trampa”. Aparece como por arte de magia la hora complementaria: una jornada obligatoria, ilimitada, que se paga por debajo del precio de la hora ordinaria y que no contabiliza como tiempo productivo de cara a una posible jubilación anticipada.

Y así es como después de 50 años, la relación del médico con la administración pública de este país continua regulada por un estatuto marco de 1966, que a pesar de la reforma de 2003 continúa legitimando este atentado contra el principio de dignidad de la persona que lleva la bata blanca.

Históricamente la identidad médica se ha construido a través de una narrativa heroica y un lenguaje prácticamente bélico. “Combatimos”, “luchamos”, “salvamos”, “resistimos”... exigencias que superan las capacidades y necesidades del ser humano. Un discurso legitimado por un sistema sanitario público que nos obliga a sacrificar nuestras vidas bajo el amparo de la vocación de los profesionales. Si la administración nos exige tener que darlo todo por nuestro trabajo, ¿dónde está el *QUID PRO QUO* por su parte?

Ha llegado el momento de reconocer al médico como ser humano. A partir de ahí podremos hablar de humanización sanitaria. Pero primero vamos a humanizar las condiciones laborales de médico en España y el estatuto que las enmarca.

Ha llegado el momento de decir basta.



*Figura 1: Septiembre 2024: comparecencia antes la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados del Gobierno de España para exponer la necesidad de cambiar el sistema de guardias medicas.*

## Referencias

1. Juan David Tutosaus Gómez, Jesús Morán-Barrios, Fernando Pérez Iglesias. History of medical specialty training system in Spain and its teaching milestones. 1575-1813/©2017ElsevierEspañaa,S.L.U. Este es un artículo OpenAccessbajolalicenciaCCBY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).
2. Villanueva, M (2023). Ser paciente como categoría límite de la galenidad: un análisis relacional a la deshumanización de la medicina. *EN-CLAVES del pensamiento*, 0(33), e608. <https://doi.org/10.46530/ecdp.v0i33.608>
3. Miller MN, McGowen KR, Quillen JH. The painful truth: physicians are not invincible. *South Med J*2000; 93(10):966-973.
4. Clara Gerada. Los médicos y el suicidio. *Revista Británica de Medicina General* 2018; 68 (669): 168-169. <https://doi.org/10.3399/bjgp18X695345>